EXPOSÉ

DES TITRES

DE

M. ADOLPHE RICHARD

CANDIDAT
A LA CHAIRE DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE VACANTE A LA FACULTÉ
PAR LE PASSAGE
DE M. BROCA A LA CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OCTOBRE 1868

PARIS
IMPRIMERIE DE E. MARTINET
2, RUE MIGNON, 2
1868

CONCOURS ET ENSEIGNEMENT

A LA FACULTÉ

En 1842, nommé aide d'histoire naturelle. Pendant trois ans, cours publics à l'École pratique.

Juillet 1846, nommé aide d'anatomie.

Février 1848, nommé prosecteur.

Juin 1853, nommé agrégé à la deuxième place (la première, M. Broca; la troisième, M. Follin). Comme agrégé, pendant tout le semestre d'été de 1856, j'ai fait à la Faculté le cours de pathologie chirurgicale, remplaçant M. Jules Cloquet. Huit années de suite, pendant les vacances, j'ai suppléé, dans son service de l'hôpital des Cliniques, M. Nélaton. De temps en temps leçons à l'amphithéâtre, et chaque jour conférences au lit du malade.

DANS LES HOPITAUX.

Mai 1852, nommé chirurgien du Bureau central d'admission.

Septembre 1858, chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

1er janvier 1863, nommé chirurgien de l'hôpital Cochin.

1er janvier 1865, nommé chirurgien de l'hôpital de Lariboisière.

1er juin 1865, nommé chirurgien de l'hôpital Beaujon.

En 1863 et 1864, pendant toute la saison d'été, cours public dans l'amphithéâtre de l'hôpital Cochin, sur les fractures, les luxations et les hernies, toujours en présence du malade.

En 1866, conférences à Beaujon sur les nouveaux appareils à fractures.

TRAVAUX ÉCRITS

ANATOMIE

1. Muqueuse de l'utérus.

(Thèses de la Faculté, 1848.)

Ayant passé la plus grande partie de la première année de mon prosectorat dans le cabinet de M. Coste, au Collége de France, je pus, sous sa direction amicale et celle de M. Gerbe, étudier à l'aise ses belles pièces d'ovologie. Parmi celles-ci, je choisis les utérus à toutes les périodes de la menstruation, de l'état intermenstruel et de la grossesse. La muqueuse de la matrice, plus épaisse que toutes les autres membranes de la même classe, et dont les fonctions dominent l'histoire de la menstruation et celle de l'évolution des membranes de l'œuf, était presque universellement niée, même à la Faculté. J'en traçai une description aussi précise et aussi vivante que possible, tâche rendue facile par les matériaux mis à ma disposition, et j'en fis le sujet de ma thèse inaugurale. Après avoir vu, je tenais à faire voir la vérité. M. Coste eut la bonté de me permettre de faire

transporter à l'École une dizaine de préparations conservées dans l'alcool, et j'en fis la démonstration devant mes juges. Bérard était déjà fixé à ce sujet, mais j'eus la satisfaction de convaincre, séance tenante, M. Sappey.

2. **Sur la vraie nature de la fissure labio-palatine, (bec-de-lièvre et ses complications).**

(Archives générales de médecine, avril 1851.)

C'est une idée fort ancienne que de considérer comme un arrêt de développement la division congénitale de la mâchoire et de la lèvre supérieure, c'est-à-dire le bec-de-lièvre avec toutes ses variétés. Mais à mesure que la science de l'ovologie progressait, les esprits rigoureux demandaient vainement la confirmation matérielle de cette idée purement théorique, que niaient résolûment des savants tels que M. Cruveilhier et M. Velpeau. Il est juste de dire que M. Coste, le premier, démontra cette vérité pièces en main, et fit coïncider cette forme si commune de monstruosité avec les états transitoires de l'embryon humain. J'ai pensé être utile en présentant dans un recueil médical la description du développement de la face, qu'il était pour ainsi dire facile de lire couramment sur les pièces du Collége de France. Comme je m'adressais à des médecins peu familiarisés avec l'ovologie, je m'efforçai de combattre la tendance qu'ils ont souvent à isoler le squelette des parties molles sous cette forme qui se dessine chez l'embryon des deux premiers mois. Cette préoccupation a souvent arrêté les anatomistes qui ont peu vu les embryons, et se retrouve surtout à propos de l'axe ostéo-nerveux. Dans ce mem-

bre, thoracique ou abdominal, qu'au quarantième jour, par exemple, on aperçoit, pointant sous forme de bourgeon, tous les éléments cutané, musculaire, osseux, vasculaire, sont virtuellement compris, et la preuve, c'est que si son évolution s'arrête, vous y rencontrerez à la naissance tous ces différents éléments. De même, le bourgeon incisif constitué, au début, d'un blastème presque simple et de cellules à peu près semblables, ce bourgeon s'individualise bientôt en peau, muscles, os, éléments vasculaires et nerveux, et cela, soit qu'il s'unisse aux mandibules comme dans l'immense majorité des cas, soit qu'il reste plus ou moins isolé comme dans les circonstances exceptionnelles d'où naît le bec-de-lièvre.

3. **Sur la composition de la tumeur des monstres pseudencéphaliens.**

(Société de biologie et Gazette médicale, 1851.)

Les monstres pseudencéphaliens forment une famille intermédiaire entre l'exencéphalie et l'anencéphalie. Les auteurs, qui se sont beaucoup occupés de leur classification, ont absolument négligé l'étude de la partie singulière qui représente chez eux les vestiges de l'encéphale. Cette tumeur est d'environ du volume d'un œuf de dinde, formé de deux moitiés gauche et droite, lesquelles sont séparées, mais dans leur milieu seulement, par une scissure profonde. A première vue, ceci donne l'idée des hémisphères cérébraux. Le tissu lui-même spongieux, rougeâtre, gorgé de sang, ressemble à une tumeur érectile. Les auteurs s'accordent à dire qu'il est inextricable. J'ai prouvé, au contraire,

qu'on arrive à le disséquer et à trouver une interprétation de la monstruosité, satisfaisante à tous égards. Sous des débris défigurés d'arachnoïde, la pie-mère forme la masse, car, après avoir ouvert en arrière le canal rachidien, on voyait la moelle et le bulbe fermes, volumineux, parfaitement normaux. Mais le névrilème du bulbe est devenu épais, rouge, fongueux et se continue avec la masse pseudencéphalique. En détachant avec un soin minutieux cette pie-mère, on rencontre sous elle *trois poches sphériques* bien distinctes, isolables dans toute leur étendue; en les ouvrant, on les trouve formées par une membrane ferme, peu épaisse, blanchâtre et nerveuse à l'intérieur, qui limite une sorte de kyste plein d'une sérosité sanguinolente. Dès lors, on voit que l'apparence d'hémisphères cérébraux était une illusion. Nous avons sous les yeux les cellules cérébrales, premier rudiment de l'encéphale chez l'embryon. Ainsi le développement arrêté explique encore ici le vice de conformation dans des circonstances où rien ne le faisait soupçonner, et plus on étudie les monstruosités les plus compliquées, plus on découvre que l'état histologique reçoit toujours l'arrêt du développement comme explication fondamentale, en ajoutant cependant qu'une fois le développement arrêté à un certain point, à une certaine heure, pour ainsi dire, un travail consécutif vient souvent mettre sous les yeux de l'observateur toute autre chose qu'un état transitoire de l'embryon.

4. Étude anatomique sur les fœtus acéphaliens.

(Archives générales de médecine, juin 1852.)

Il semble que, comme théorie, l'acéphalie doive rester indé-

chiffrable, et cependant aucune partie de l'histoire des monstruosités n'a été plus travaillée : déjà à propos de ces êtres étranges, au milieu du dernier siècle, l'ancienne Académie des sciences vit soulever dans son sein la controverse célèbre d'où naquit peut-être la science tératologique, et, depuis, de nombreuses observations ont été partout recueillies. Or, si l'acéphalie est le dernier terme de la monstruosité, elle est pourtant soumise à des règles plus fixes que toute autre : le désordre est toujours le même et se retrouve dans les deux cents exemples qu'on en pourrait maintenant rassembler : c'est toujours l'enfant né sans tête, sans poitrine, sans cœur, sans poumons, sans estomac, sans foie, sans une partie des premiers intestins (Winslow, Académie des sciences, 1740); et l'on peut promettre qu'une pareille invariabilité cache une loi.

Je n'ai pas trouvé cette loi; mais j'ai le premier, je crois, montré sous son vrai sens le système vasculaire si bizarre de ces monstres. Ce qui frappe chez eux, c'est la pauvreté des artères, et les explications les plus étranges ont été données sur leurs moyens de nutrition : on a été jusqu'à dire que celle-ci s'opérait par un simple mouvement ondulatoire du liquide nourricier. Les veines, en effet, sont très-développées. Une veine ombilicale volumineuse pénètre dans l'abdomen ; elle a reçu d'abord, dans le cordon, un rameau peu considérable, qui provient de tout l'intestin jusqu'à la fin du rectum. Dans le ventre, elle fournit deux branches supérieures, sorte de troncs innominés qui s'arrêtent à la jonction de la dernière vertèbre avec le haut du thorax. En bas, la veine ombilicale, qui a conservé son calibre, descend entre les deux reins, reçoit sur ses deux côtés les veines émulgentes et les spermatiques, et finit en deux branches, l'une pelvienne, l'autre veine fémorale. Or, au point où elle a reçu la

veine spermatique la plus inférieure, la veine ombilicale s'abouche à plein canal avec un vaisseau aussi gros qu'elle, qui règne sur toute l'étendue du rachis jusqu'à quelques lignes de la partie la plus supérieure du tronçon acéphalique. J'ai donné les motifs qui portent à penser que ce vaisseau n'est autre que l'aorte, et nous aurions ainsi la communication directe entre les veines et les artères, qui marque les premiers temps du développement vasculaire en rapport avec l'absence du foie et les rudiments persistants de l'appareil omphalo-mésentérique.

5. Essai sur l'anatomie philosophique de quelques anomalies musculaires du membre thoracique dans l'espèce humaine.

(Mémoire présenté à l'Académie des sciences dans sa séance du 26 février 1852. Inséré dans les Annales des sciences naturelles, 3e série, tome XVIII.)

Les études sur le système musculaire de l'homme, dont quelques points, les principaux, il est vrai, se trouvent consignés dans ce mémoire, m'ont occupé pendant tout mon séjour à l'École pratique. J'ai disséqué et fait dessiner un grand nombre d'anomalies musculaires. C'est la voie la plus sûre pour juger sainement l'homologie des membres supérieurs et inférieurs, et éviter les incroyables surprises en lesquelles sur cet attachant sujet la science s'est le plus souvent égarée.

Les muscles anomaux que j'ai le premier fait connaître et figurés,

Muscle tibial postérieur de l'avant-bras,

Muscle pédieux de la main,

Muscle grand fémor-adducteur du bras,

me paraissent trancher toutes les difficultés de la comparaison des deux membres; le raisonnement, si prodigué par les auteurs, n'est ici de nulle valeur : c'est une constatation matérielle.

Ainsi l'anatomie comparée nous fait toucher du doigt l'identité de la couche musculaire superficielle à la jambe et à l'avant-bras; mais pour la couche profonde, le parallèle laisse une lacune qui semble porter un grave échec à l'homologie des deux segments des membres : c'est le muscle tibial postérieur, muscle capital par son étendue et son volume, la puissance de son tendon, sa constance dans la série des mammifères. J'ai comblé cette lacune par la découverte que j'ai faite du tibial postérieur de l'avant-bras.

Pour le muscle pédieux de la main, l'importance est aussi grande; mais, de plus, j'ai pu poursuivre, chez beaucoup de sujets où aucune anomalie n'était soupçonnée, la série des dégradations du pédieux de la main. Ici, comme pour le tibial postérieur, ce muscle, qui manque d'habitude, apparaît de temps en temps pour montrer aux yeux les plus prévenus ce qu'offre de vrai et de fécond l'anatomie des comparaisons.

Mon mémoire se résumait en les propositions suivantes :

1° On trouve dans les membres des muscles anomaux, réapparition pour ainsi dire des masses charnues oubliées, négligées dans le type normal des membres.

2° Ces muscles représentent, par tous leurs caractères fondamentaux, leurs analogues normaux de l'autre paire de membres, et c'est pour consacrer cette vérité que je propose, pour ceux que j'ai découverts et décrits jusqu'ici, les dénominations de *muscle tibial postérieur de l'avant-bras*, muscle *pédieux de la main*, muscle *grand fémor-adducteur du bras*.

3° Ce sont là autant d'espèces tératologiques qui, loin d'être

une simple aberration curieuse, une singularité désordonnée, offrent les vrais caractères d'une espèce, ne variant, en effet, que par des conditions accessoires de volume, d'étendue, de force, de structure, de fonction.

6. **Esthiomène éléphantiasique des nymphes et de l'urèthre. A ce propos, quelques remarques sur l'appareil génital externe de la femme.**

(Archives générales de médecine, avril 1854.)

Je laisse l'observation clinique et opératoire qui, dans cette note, est purement accessoire : c'est une question d'anatomie que je cherche à éclairer; je veux parler de l'interprétation de la vulve par l'étude et du développement et des anomalies ou monstruosités. Je démontre que la vulve n'est pas l'orifice antérieur du vagin, et que le vagin s'ouvre dans l'urèthre, comme s'ouvre dans l'urèthre masculin le conduit du sperme. L'urèthre pénien de la femme non déflorée forme un entonnoir, une coupe d'une certaine profondeur : l'existence de l'hymen vient compléter cette apparence qui est la réalité anatomique. Chez les femelles de mammifères, l'urèthre pénien est un véritable canal, souvent d'une grande longueur, où s'ouvre à une certaine distance le vagin. Si l'on veut nommer *vestibule* l'urèthre de la femme, le mot de vestibule doit avoir cette extension. La vulve est la circonférence du vestibule, bornée elle-même par les scrotums; les deux muqueuses du vestibule et de l'urèthre proprement dit se continuent, sans qu'aucun caractère les différencie. Au contraire, la muqueuse vaginale en diffère sous tous les rapports, comme elle en est brusquement séparée par l'hymen, extérieurement et profondément par le ligament

de Carcassone. Le bulbe, les glandes de Cowper, le muscle bulbo-caverneux, appartiennent au vestibule, comme à la portion libre de l'urèthre masculin.

De là, j'arrive à l'***hermaphrodisme***, qui forme une espèce tératologique très-naturelle et très-précise : deux scrotums divisés, un pénis à gland découvert, la portion pénienne de l'urèthre représentée par deux nymphes, circonscrivant entre elles le canal urèthral sous forme de vulve : tel est à l'extérieur l'hermaphrodisme, et cela toujours. Cette définition bien établie, je pose la loi : ***Les hermaphrodites sont toujours mâles et ne peuvent être que mâles.*** Toute disposition anatomique qui les empêche d'être des mâles parfaits, leur donne un caractère féminin, et là apparaît dans tout son jour l'identité des parties externes dans les deux sexes : les scrotums deviennent de grandes lèvres, les testicules restent dans le ventre, le pénis est plus petit, l'urèthre pénien prend la forme d'une vulve limitée par deux nymphes, le bulbe se divise, le bulbo-caverneux tourne au ***constrictor cunni***, les prostates et les vésicules séminales tendent à disparaître ou disparaissent entièrement ; dans bon nombre de cas, les conduits déférents se rapprochent plus ou moins de l'aspect d'un vagin surmonté de cornes utérines ou d'un véritable utérus ; enfin le bout viscéral du spermiducte peut représenter un pavillon tubaire. La vraie formule de l'hermaphrodisme nous est donc fournie par l'histoire du développement des organes génitaux qui n'est faite que depuis trente ans. Il ne faut pas dire pourtant : l'hermaphrodisme est un arrêt de développement, mais bien : les conditions anatomiques représentant un développement arrêté, car, sans contredit, la cause qui suspend le développement est bien plus générale. A en juger par les faits, une des causes déterminantes assez communes de l'hermaphrodisme, c'est la duplicité de l'appareil génital interne ; mais

même dans ces cas, il y a toujours des testicules, et le périnée est d'un homme, arrêté à un certain degré de l'évolution. En somme, 1° les faits disent : Il n'y a jamais eu d'hermaphrodite sans testicules ; 2° d'après ce qu'enseigne le développement, on ne peut, en effet, comprendre l'hermaphrodisme que chez le mâle. Et dans cette question si intéressante, surtout en médecine légale, l'observation est en accord rigoureux avec la théorie, si l'on doit le nom de théorie à la constatation la plus claire des faits morphologiques qui nous dévoile l'étude du développement. L'opinion de la plupart des médecins est malheureusement contraire à cette formule très-radicale de l'hermaphrodisme.

CHIRURGIE

7. **Observation de farcin chronique guéri, en commun avec M. Foucher.**

(Archives générales de médecine, 1851.)

Nous avons rapporté cette observation prise à la Charité, dans le service de M. Velpeau, avec de grands détails, parce que rien n'a manqué à la démonstration du fait rare qu'elle veut prouver. Le pus d'un abcès du malade fut inoculé à Alfort par M. Bouley, et voici sa réponse : « Le pus a été inoculé il y a cinq jours sur » un animal parfaitement sain ; il est mort hier sans présenter » aucun symptôme de morve ou de farcin, phénomène assez » ordinaire, lorsque le virus inoculé est très-actif. Les poumons du » cheval étaient farcis d'une myriade d'abcès métastatiques, de la » grosseur d'une noisette. Dans la cavité nasale, quelques pustules » disséminées ; l'animal a succombé à une affection morveuse des » plus aiguës. »

Comme le malade guéri a été revu par moi plusieurs années après, dans la maison Brion, l'observation reste des plus complètes.

8. Note sur les hydrocèles du cou et le siége présumé de ces sortes de tumeurs.

(Mémoires de la Société de chirurgie, tome III, 1851.)

C'est par la dissection et une démonstration anatomique, — c'est le meilleur de tous les débuts, — qu'a commencé l'histoire de cette affection, les *kystes ganglionnaires*, dont, depuis, la clinique a fait son profit, aussi bien dans d'autres régions que dans celles du cou. Après la publication de mon mémoire, j'ai rencontré de temps en temps à l'aine, à l'aisselle et au cou, des kystes, qui par tous leurs caractères rentraient dans la catégorie de ceux que j'avais fait connaître. C'est à l'aisselle que la démonstration est la plus évidente. Car ces poches liquides ne pourraient provenir que des grosses glandes sudoripares ou des ganglions, et, à cause de leur siége différent, il est impossible de les confondre. Au cou, dans les régions latérales, au voisinage du corps thyroïde, la distinction est beaucoup plus difficile. Mais si la tumeur est au début et qu'on puisse en suivre le développement, le doute n'est pas possible, car la tumeur, isolée d'abord et implantée dans la gouttière carotidienne, ne saurait être que ganglionnaire. Si toutes les probabilités sont en faveur de l'origine adénique d'un kyste du cou, on peut être à peu près assuré que le kyste sera séreux et non sanguin, point capital pour le pronostic et le traitement, car dès que le chirurgien se propose d'attaquer un kyste sanguin du cou, il est en présence d'un danger imminent : un bon nombre de poches sanguines du cou, simplement ponctionnées, ont amené la mort. Hors les parties latérales du cou proprement dit, dans les régions

sous-mastoïdiennes et sous-maxillaires, les kystes séreux ne sont pas très-rares, et pour eux le point de départ dans les ganglions ne laisse point d'incertitude. Citons sur ce sujet les paroles de M. Nélaton : « Presque tous les chirurgiens ont vu des kystes » séreux uniloculaires développés dans les régions sous-mastoï- » diennes et sous-maxillaires ; ils sont plus rares dans la région » sus-claviculaire. La pathogénie de ces kystes a été étudiée par » M. A. Richard, qui a montré qu'ils peuvent avoir pour point de » départ une altération particulière des ganglions lymphatiques. » Malgré les objections qui ont été faites à cette théorie, nous » sommes disposés à l'accepter, d'après ce que nous avons vu » pour les ganglions d'autres régions et pour les ganglions » axillaires en particulier. Dans ces derniers cas, nous avons, à » la suite d'une piqûre anatomique, observé un engorgement qui » persista après la guérison des accidents inflammatoires ; le » volume des ganglions augmenta, et un troquart plongé dans » la tumeur donna passage à un liquide citrin, limpide, tout à » fait semblable à la sérosité contenue dans une hydrocèle. »

9. **Note sur la communication de certains kystes de l'ovaire dans la trompe utérine, ou kystes tubo-ovariens.**

(Mémoires de la Société de chirurgie, tome III, 2[e] fascicule.)

Note sur les kystes tubo-ovariens.

(Académie de médecine, février 1857, tome XXII du Bulletin.)

Le vrai kyste de l'ovaire naît ordinairement dans la vésicule de de Graaf, et toutes les phases de son développement s'accom-

plissent là où il a pris naissance. Dans la maladie nouvelle que j'ai fait connaître, une vésicule de de Graaf, sans doute celle-là même qui va présider à la prochaine menstruation, est assaillie par l'effort morbide qui doit faire d'elle un kyste de l'ovaire; mais un œuf arrivé à maturation y est contenu; pour le recueillir, le pavillon de la trompe s'applique à la vésicule, celle-ci se vide, et il semble que jusqu'ici nous n'assistons qu'au merveilleux travail qui chaque mois provoque la ponte spontanée des ovules. Mais la scène change : la vésicule qui est malade ne se referme pas, car, au lieu de former un corps jaune, elle continue de verser dans la trompe le liquide morbide qui la distend. C'est désormais un kyste de l'ovaire, et ainsi croissent ensemble d'un côté la tumeur ovarienne, de l'autre la trompe incessamment distendue par le liquide qu'elle reçoit. Tel est le mode de formation des kystes tubo-ovariens. Ils s'offrent à l'observateur sous divers aspects; ordinairement, à l'autopsie, on croirait voir un kyste de l'ovaire avec une portion d'intestin grêle adhérent à sa surface; puis, en séparant les parties, on reconnaît que cette manière d'intestin n'est autre que la trompe utérine. Tel était l'aspect des trois pièces que je montrai à la Société de chirurgie, avant toute dissection, pour qu'on pût apprécier la communication entre la poche ovarienne et le canal de l'oviducte. Ce canal conserve ses dimensions ordinaires dans son tiers le plus interne, près de l'utérus, mais à partir de ce point il prend le calibre et l'apparence d'un intestin, décrivant plusieurs flexuosités, enfin il disparaît dans les parois du kyste, au milieu du bord externe de ce dernier. Dans d'autres circonstances, la communication entre la poche ovarienne et la trompe est la même, mais l'ampliation de celle-ci est plus limitée et sphérique. D'autres fois on croirait à une hydropisie propre de la trompe greffée sur l'ovaire; celui-ci

semble n'offrir d'autres changements qu'une notable augmentation de volume, mais en le comprimant on le sent fluctuant, et, l'ouverture des parties étant faite, on voit la poche tubaire, comme dans les autres cas, s'ouvrir par un orifice rétréci et régulièrement circulaire dans l'intérieur d'un kyste creusé au centre de la glande.

Les kystes tubo-ovariens sont loin d'être rares, et, depuis que je les ai signalés, beaucoup d'anatomistes en ont rencontré dans les autopsies et à l'École pratique. Si l'on s'en rapporte en effet à leur curieux mécanisme, ils ont leur raison d'être dans la fonction même de l'appareil génital interne et dans cet admirable concert qui associe périodiquement la glande ovarique et son canal excréteur. La clinique a-t-elle à gagner quelque chose dans cette étude? Or, des faits, sur l'interprétation desquels de grossières erreurs étaient commises, le démontrent chaque jour. Car nos kystes sont des *kystes ovariques en voie d'évacuation naturelle.* Néanmoins, dans les onze pièces que j'ai minutieusement disséquées, aucun liquide ne coulait par l'utérus : en introduisant un stylet très-fin de l'utérus dans la trompe, je pénétrais dans la poche, et la pression déterminait alors l'issue lente du liquide à travers l'orifice tubo-utérin. Il faut donc en conclure que la partie interne de la trompe, très-étroite, ainsi que chacun sait, oppose une grande résistance à ce que l'évacuation kystique soit complète. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Depuis mon mémoire, on trouve l'histoire d'un grand nombre de femmes qui, après avoir présenté les signes d'un kyste de l'ovaire, voient tout d'un coup l'écoulement du liquide s'effectuer par les parties génitales. J'ai dix-sept observations analogues, et leur comparaison offre un grand intérêt pour arriver à répondre à la question : Que doivent espérer les femmes chez lesquelles un kyste tubo-ovarien

se vide par la vulve? Point de pratique fort délicat, car là où certaines malades voient la cessation de leur affection, certaines autres trouvent le commencement d'un épuisement qui les emporte.

10. **Mémoires sur un symptôme négligé de certaines tumeurs du sein, l'écoulement par le mamelon.**

(Journal de Malgaigne, 1852.)

M. Nélaton avait noté que certaines femmes, portant un kyste du sein, voient s'échapper par le mamelon, soit spontanément, soit à la pression, un liquide coloré analogue à de la bière. La remarque de M. Nélaton m'a mis sur la voie d'un autre symptôme différent de celui-ci, et dont la plus grande portée est dans le pronostic qu'il permet d'établir sur certaines tumeurs du sein. Depuis mon premier travail, un très-grand nombre d'observations ont vérifié pour moi et pour d'autres chirurgiens la règle clinique que j'ai posée et qui se peut résumer de la façon suivante : Des malades, offrant une tumeur dans le sein, voient sourdre, soit au début, soit plus ou moins tardivement, par le mamelon un liquide qui, d'habitude, est une sérosité lactifère légèrement troublée, quelquefois sanguinolente, ou qui peut être même du sang pur; très-abondant et spontané dans plusieurs exemples, dans quelques autres, c'est un suintement, une simple gouttelette qu'on ne fait sortir qu'en pressant le sein : *sans aucune exception venue à ma connaissance*, la tumeur développée dans la mamelle est alors toujours bénigne, il ne s'agit jamais d'un cancer, mais d'un adénome, comportant, il est vrai, les variétés

diverses de l'adénome, depuis la masse dure, granulée, demi-fibreuse (tumeur mammaire chronique d'A. Cooper), jusqu'à ces formes molles, luxuriantes, qui conduisent au sarcome cystique. Or, si la connaissance de la nature d'une tumeur mammaire est un problème ordinairement facile, elle peut en certains cas rester couverte d'une grande obscurité. Lorsque la papille a offert ou offre un suintement, on peut être certain que l'affection est de celles pour lesquelles la répullulation n'est point à redouter.

11. **Note sur l'extirpation du bras pour un cancer de la partie supérieure de l'humérus.**

(Lue à la Société de chirurgie, 1853.)

Cette note n'offre d'autre intérêt que d'avoir donné naissance à une discussion sur la ligature préventive de l'artère dans ces circonstances redoutables. La ligature a trouvé plus d'opposition que de partisans, et, reprise depuis, la question demeure pendante.

12. **Des diverses espèces de cataractes et de leurs indications thérapeutiques spéciales.**

(Thèse pour l'agrégation, 1853.)

13. **Essai sur la nature de la cataracte capsulaire, en commun avec M. Robin.**

(Gazette hebdomadaire, 1855.)

Ma thèse sur les espèces de cataractes ne pouvait être qu'une discussion. C'était au moment où, dans l'esprit des praticiens,

les formes les plus vulgaires de la cataracte étaient absolument défigurées; on croyait dures des cataractes où le tissu est ramolli, on appelait capsulo-lenticulaires des opacités où la cristalloïde ne prenait aucune part. Ce fut ce dernier point qui m'occupa presque exclusivement, et les années qui ont suivi ont prouvé que je m'étais attaqué à la question capitale de la cataracte. Prenant pour épigraphe les paroles de Malgaigne: « Examinez une » capsule cristalline chez tel cataracté que vous voudrez, lavez-la » avec précaution : vous la trouverez toujours aussi transparente » que Dieu l'a faite », j'arrivai à nier résolûment toute opacité siégeant vraiment dans le tissu même de la capsule. — Comme atténuation de ce qu'une pareille opinion avait d'absolu, j'eus l'honneur de publier le résultat des observations micrographiques de M. Ch. Robin sur plusieurs cataractes capsulaires que j'avais opérées. Depuis lors, la solution a paru plutôt reculer, — et en Allemagne, on nie que la capsule même soit jamais opaque.

14. Guérison d'une fistule uréthro-pénienne à l'aide du procédé de M. Nélaton.

(Gazette des hôpitaux, 1854.)

Les fistules situées dans la portion libre de l'urèthre, entre les bourses et le gland, offrent pour leur guérison des difficultés presque insurmontables et ont motivé, de la part de quelques chirurgiens, certains expédients opératoires très-risqués, dont la gravité paraît hors de proportion avec les inconvénients de l'affection. La méthode préconisée par M. Nélaton est simple et inno-

cente : comme elle n'avait jamais été décrite avec clarté, j'ai cru rendre service, en la faisant connaîtré dans ses détails, à l'occasion d'un malade que j'opérai. — On peut désigner cette méthode par le nom de *dédoublement sous-cutané*, et, ce qu'elle offre de plus important, c'est son application à d'autres régions où la fistule est plus grave et moins accessible. Aussi la méthode du dédoublement a-t-elle constitué un des sérieux progrès de l'autoplastie contemporaine.

15. **Description des procédés autoplastiques employés par M. Nélaton pour la restauration de l'épispadias. Application de ces procédés à un cas d'exstrophie de la vessie.**

(Gazette hebdomadaire, 1854.)

L'autoplastie par superposition de plusieurs plans cruentés a trouvé son application la plus brillante dans les opérations d'épispadias, dont M. Nélaton me pria de faire connaître les détails et les résultats. Dans sa seconde opération, il eut l'idée de retenir, de couvrir et de brider, pour ainsi dire, le canal nouveau par un lambeau scrotal formant une sorte d'anneau par lequel il fait passer la verge. Ainsi d'abord il avait posé les principes suivants : adosser de larges surfaces, doubler les lambeaux pour empêcher la cicatrisation à l'air libre de leurs faces sanglantes; interposer des téguments entre ce lambeau et la plaie d'où celui-ci est détaché. Puis le chirurgien va plus loin : il introduit un élément nouveau d'autoplastie, larges ponts mobiles qu'on déplace sans les forcer, les tirailler, les plier, les tordre; vastes

sutures vivantes qui ne peuvent se rompre et font de la greffe anaplastique une chose obligée.

Tous ces moyens de réunion ainsi accumulés me donnaient l'espoir de pouvoir guérir une exstrophie de vessie comme M. Nélaton avait guéri des épispadias. L'exstrophie de vessie n'est que l'épispadias porté à sa dernière limite, et la surface vésicale devait être couverte par le lambeau scrotal, comme la gouttière épispadiaque. — L'insuccès qui termina au huitième jour cette tentative me parut dépendre du grand affaiblissement du malade : les lambeaux étaient agglutinés. Je conserve l'opinion que, si une pareille infirmité peut jamais être guérie ou palliée par la chirurgie, c'est à l'aide de l'opération de M. Nélaton et de la mienne qu'on y sera conduit.

16. De l'opération de la fistule à l'anus par l'extirpation du trajet.

(Bulletin général de thérapeutique, 1854.)

Cette note ne cherche pas à préconiser l'extirpation du trajet comme méthode générale pour l'opération de la fistule à l'anus, mais au contraire à préciser les cas, qui sont les plus simples, où l'excision de toute la fistule est préférable à l'incision. C'est une pratique qu'on retrouve, du reste, aux diverses époques de la chirurgie. Son avantage principal est d'exempter le malade de l'usage de la mèche et de pouvoir l'abandonner à des pansements simples qu'il peut pratiquer lui-même.

17. Observation d'un kyste de l'iris.

(Gazette hebdomadaire, 1854.)

Mackensie avait dit : « J'ai vu un kyste se former dans l'iris à » la suite d'une plaie, il était demi-transparent et paraissait rem- » pli par un liquide clair. Comme il n'augmentait pas de volume » et ne causait nulle douleur, on n'y fit rien. » C'était là une observation unique, et, ayant eu l'occasion d'observer un fait en tout semblable, j'en publiai une description détaillée et y joignis un très-beau dessin. Je poussai plus loin la connaissance de la maladie, car, après de longues préparations, je fis subir une petite opération au jeune malade : par une ouverture de la cornée, à l'aide de pinces courbes à iridectomie, je saisis et broyai le kyste qui était loin d'être une petite poche liquide, mais une masse gélatineuse et molle infiltrée d'un suc glutineux. Comme ouverture pupillaire, le résultat fut satisfaisant, mais la vision demeura troublée, sans doute à cause de l'état de la rétine que, dans notre ignorance à cette époque, on ne pouvait interroger. Mon observation formait le deuxième cas d'une affection dont, dans ces dernières années, les exemples se sont multipliés.

18. De l'opération de l'hydrocèle par l'injection alcoolique à très-faible dose, abandonnée dans la tunique vaginale.

(Gazette hebdomadaire, 1854.)

L'idée de modifier cette belle opération de l'hydrocèle, l'une des plus simples, des plus constantes, des plus innocentes de la

chirurgie, peut être, je le sais, sévèrement jugée. Je ne regrette pas pourtant le développement que j'ai donné à ce travail, et je pense qu'on en peut tirer parti dans la pratique ordinaire de la chirurgie. Si, au lieu de l'injection ordinaire, on pousse dans la poche d'une hydrocèle évacuée, 5 grammes d'alcool à 36 degrés de l'aréomètre de Beaumé, et qu'on les y abandonne, l'expérience, répétée par moi plus de cent fois, prouve que l'opération est innocente, que le patient peut, le jour même ou au moins le lendemain ou surlendemain, sans douleur et sans danger, marcher et vaquer à ses travaux habituels ; enfin, que la résolution survient dans les délais ordinaires. Or, il est certain que tous les jours un malade, forcé de se guérir d'une hydrocèle, peut se trouver dans l'impossibilité de garder le lit huit jours et la chambre quelques jours encore. Le chirurgien n'est-il pas heureux de pouvoir répondre au désir du malade, sans rien compromettre? Voilà qui rend l'injection alcoolique occasionnellement très-utile. Mais on peut, en toute justice, lui attribuer des prétentions plus élevées. Il paraît démontré que les effets de l'injection vineuse et de l'injection iodée ne sont pas identiques : la tunique vaginale tend à s'oblitérer à la suite de la première, elle est ordinairement conservée après la seconde. Les adhérences du testicule avec la séreuse sont-elles une chose indifférente? En aucune manière. M. Gosselin a prouvé que lorsqu'il existe des adhérences très-étendues, le testicule offre une pâleur et comme une anémie qui paraissent incompatibles avec la présence des spermatozoïdes. Au demeurant, *une injection forte risque de supprimer la fonction séminale*. N'est-ce pas un encouragement à modérer autant que possible l'énergie de l'injection, pour avoir la certitude de sauvegarder la vie fonctionnelle de l'organe.

Comme, malgré tout, je reste d'habitude fidèle à l'injection

iodée, je résume de la façon suivante mes conclusions sur l'injection alcoolique :

L'injection faible par l'alcool permet de reprendre immédiatement ou presque immédiatement les occupations ordinaires; elle conserve certainement l'intégrité de la séreuse, et, par conséquent, ne peut compromettre l'avenir de la sécrétion séminale; enfin elle met à l'abri contre tout accident grave dû à l'infiltration du liquide injecté. — Mais alors pourquoi ne pas avoir le courage d'en faire la seule méthode de la cure de l'hydrocèle? C'est que le chirurgien redoute, par-dessus tout, de voir manquer le résultat d'une opération, et qu'on peut présumer qu'une action très-affaiblie sur la vaginale expose davantage à la récidive. — Or, si la seringue n'est pas parfaite, cette dose de 5 grammes est si petite, qu'il peut s'en perdre aisément la moitié, et l'opération reste insuffisante : c'est ce que j'ai vu deux fois. Aussi, consulté par un malade qui doit subir l'opération, je lui parle de l'injection iodée et de l'injection alcoolique, je lui montre la supériorité de cette dernière en lui signalant ce qu'elle peut offrir de défectueux comme sûreté du résultat, et j'obéis à la décision de l'intéressé. Malheureusement, on ne peut lui mettre sous les yeux le tableau complet de cette comparaison; il serait peu prudent de l'effrayer de l'accident possible de l'infiltration, ainsi que des dangers que court la sécrétion spermatique.

Pour l'hydrocèle congénitale des petits enfants, l'injection alcoolique de 5 grammes doit être la règle exclusive : la guérison survient toujours, au prix d'un gonflement peu douloureux. — J'ai vu deux beaux succès de guérison radicale de poches hydatiques du foie par la ponction évacuatrice immédiatement suivie d'injection d'alcool abandonné dans la poche, l'une chez un enfant, l'autre chez une vieille femme qui, beaucoup plus tard, a

fini par succomber. Le deuxième cas a été rapporté en détail par M. Aran qui m'assistait.— Tout cela donne un caractère sérieux à la méthode de l'injection faible.

19. **Traitement de la grenouillette par l'injection.**

(Gazette hebdomadaire, 1856.)

Depuis les observations de M. Bouchacourt sur les injections irritantes comme traitement de la grenouillette, de nombreux insuccès avaient fait renoncer à la méthode. Bérard avait échoué presque constamment, et M. Nélaton disait qu'il était disposé à tout employer dans la grenouillette, sauf l'injection. Un jour, pourtant, cherchant à se rendre compte de l'infidélité de cette méthode, il crut en trouver la cause dans l'extrême viscosité du liquide de la ranule qui, après l'évacuation, continue à tapisser la face interne du kyste et s'oppose ainsi à l'action modificatrice du liquide irritant. — Comment lever cette difficulté? Par un *lavage exact de la poche*. La suite a montré la justesse de ces prévisions. Dix opérations faites par l'injection iodée, précédée du lavage, donnèrent à M. Nélaton neuf guérisons radicales et une récidive. — Comme M. Nélaton, M. Denonvilliers poursuivit ce perfectionnement opératoire né des idées échangées entre ces deux professeurs. Ce sont les résultats favorables obtenus par M. Denonvilliers et par moi-même que j'ai fait connaître dans ce travail, qui démontre péremptoirement l'efficacité, dans la grenouillette, de l'injection avec lavage.

Je citais environ vingt-cinq faits. Or, sur ces vingt-cinq malades, la poche a disparu, ou d'une façon définitive, ou au moins pendant quelque temps.—C'est là une expérimentation, presque

une vivisection pour éclairer le siége de la grenouillette.—Peut-on croire qu'il s'agisse, dans des cas pareils, de la dilatation du canal de Wharton? Mais nous ne verrions pas un canal excréteur s'oblitérer ainsi, surtout sans qu'il arrivât rien du côté de la glande sous-maxillaire.

20. **Lecture sur une opération nouvelle pour guérir le vaginisme.**

(Société de médecine de la Seine, 1868.)

Ayant à m'expliquer sur le vaginisme, j'établis qu'après avoir interrogé avec soin la plupart des observations, on conserve des doutes sur la réalité de la guérison par la dilatation forcée ou autre. C'est que l'affection qui porte le nom de vaginisme résulte d'un ensemble de signes et de circonstances spéciales qui paraissent méconnus des médecins. Il y a toutes sortes d'affections douloureuses de la vulve qui ne sont pas le vaginisme, des névralgies, des contractions simples, des gerçures, etc. M. Sims a, le premier, fixé la physionomie si saisissante du vaginisme : maladie des nouvelles mariées, elle résulte d'une sensibilité morbide de la vulve avec contraction de l'orifice; le moindre contact du doigt, même des barbes d'une plume, fait pousser des cris à la malade et la jette en un horrible trouble; le rapprochement conjugal est donc presque toujours impossible, et les relations des époux n'aboutissent qu'à provoquer d'atroces douleurs. Le chirurgien ne constate que la grande étroitesse de la vulve et la sensibilité excessive qui, commençant au méat urinaire, s'étend à toute la face vulvaire ou externe de l'hymen; au contraire, toute la face vaginale ou profonde de l'hymen est indolore. Il

faut donc s'attacher à ces deux éléments : hyperesthésie très-limitée, contracture douloureuse. D'où l'opération de Sims : 1° enlèvement de l'hymen; 2° deux larges incisions à la partie inférieure de la vulve, s'unissant en arrière au repli du périnée; 3° dilatation consécutive à l'aide d'une grosse bougie en verre ou en gomme qui est portée une vingtaine de jours plusieurs heures. L'importance que M. Sims attache à cette dilatation consécutive, malgré la répugnance qu'il a trouvée chez un grand nombre de femmes, m'a fait imaginer l'opération suivante qui, dans deux circonstances, m'a donné un succès absolu et d'emblée.

La malade étant endormie, on procède aux quatre temps suivants :

Premier temps : Le doigt gauche est introduit dans le rectum; incision verticale de la commissure et du périnée qui intéresse l'intersection du *constrictor cunni* avec les fibres antérieures du sphincter anal.

Deuxième temps : Dissection et extirpation minutieuse de tout l'hymen.

Troisième temps: Dissection et séparation dans l'étendue de 2 centimètres de la lèvre de la muqueuse vaginale mise à nu par l'enlèvement de l'hymen.

Quatrième temps: Suture de cette muqueuse vaginale à la partie postérieure de la plaie du périnée qui d'elle-même devient transversale.

Les avantages de mon opération du vaginisme sont : De donner à la section sphinctérienne de la vulve toute sa portée en recouvrant la plaie de téguments adossés; de remplacer la portion hyperesthésiée de la vulve, au lieu d'une cicatrice, par une membrane nouvelle, muqueuse vaginale toujours exempte de

sensibilité morbide; d'agrandir la vulve en évitant la cicatrice et d'éviter à la malade la nécessité déplorable d'un appareil dilatateur. Je pense donc que c'est là un vrai progrès de la chirurgie utérine.

21. **Pratique journalière de la chirurgie.**

(1 volume, 1868.)

Depuis huit années je travaille à ce livre dont le contenu est loin de représenter les matériaux que j'ai accumulés pour lui.

Je n'ai rien à dire de l'objet et de la forme de ce livre, qui sont, je crois, absolument nouveaux, rien du plan général ni de ses divisions; mais il rentre dans l'esprit de cet exposé d'y signaler quelques points de science ou de pratique qu'on ne rencontre pas autre part.

Plaies. — La doctrine des plaies et abcès se résume par les propositions suivantes : Les plaies et abcès mettent à découvert le travail régulier de la nutrition qui nous est d'habitude caché; on saisit ainsi sur le fait la poussée perpétuelle de la liqueur du sang à travers les vaisseaux et la perpétuelle rénovation des organismes au sein de cet exsudat liquide, on prononce alors les mots de lymphe coagulable, de force réparatrice : un pareil coup de baguette ne saurait se comprendre. Il n'y a rien de changé, rien de nouveau par le fait d'une solution de continuité.

Le pus et le plasma sont identiques. — Les globules purulents

existent dans une foule de liquides qui ne sont pas du pus. Ils ne changent rien au fond du liquide dans lequel, en petite ou grande quantité, ils sont comme un accident.

Le pus est avant tout un liquide réparateur, et presque toute la chirurgie repose sur l'agglutination des bords de plaies qui suppurent (réunion immédiate secondaire). — Mais le pus est le support ordinaire dans les premiers jours de nombreuses substances, poison organique des plaies récentes, virus, etc., et l'on confond les accidents du pus avec ceux de ces poisons.

Le travail de l'abcès aigu est identique avec celui de la plaie suppurante. — L'existence du pus décèle toujours un corps étranger qui doit être expulsé, la plupart du temps une eschare : le corps étranger est souvent liquide ou au moins porté par un liquide. Vous ne pouvez le voir, et son existence n'en est pas moins évidente. — C'est ainsi que les vaisseaux et les ganglions lymphatiques ne se prennent jamais de suppuration qu'après avoir transporté un liquide toxique pompé sur un point contaminé du réseau superficiel du derme. Dans le phlegmon diffus, le travail de la suppuration n'est que la conséquence de la gangrène du tissu cellulaire, et à suivre la propagation de cette gangrène qui irradie d'un foyer, nul doute qu'elle n'accompagne la migration d'un liquide toxique : ce liquide, vous ne le voyez pas, vous le suivez au contraire dans l'infiltration d'urine, dont la marche est celle du phlegmon diffus. Donc, il suffit que le sphacèle soit en puissance. Chassez le corps étranger visible ou invisible par les grandes incisions du phlegmon diffus et de l'infiltration d'urine, et vous suspendez alors le sphacèle et la suppuration.

Le pus peut s'accumuler partout. Faire du tissu cellulaire le siége des abcès n'a pas de sens, et justice est faite du *phlegmon*, simple création de l'esprit.

Nos soins les plus constants près des malades consistent, — c'est le plus grand progrès de la chirurgie contemporaine, — à combattre, à neutraliser le poison des plaies, à tuer ou à prévenir dans leur éclosion les germes vivants qui sont ce poison lui-même. Mais la sécurité que nous y trouvons n'est que relative; elle est à la merci d'une exécution incomplète, impossible ou mal habile. Un seul moyen existe, c'est de supprimer dans une plaie cette période d'expulsion, de putridité. Ce moyen, c'est la cautérisation. Comparez un sein enlevé par le bistouri à un autre détaché par le caustique. Vous êtes au troisième jour de l'opération : dans le premier cas, quelle que soit la perfection du pansement, vous avez une vaste surface de laquelle se détachent à chaque instant des particules sphacélées et putrides au contact d'une absorption exagérée. Cette lutte, dont les péripéties sont parfois si redoutables, change à chaque heure l'état de la plaie. Au contraire, tout est calme, silencieux dans le travail qui a séparé la mamelle isolée de toutes parts par des lamelles caustiques : la séparation, au lieu de se faire par des efforts successifs, est consommée d'emblée et d'autorité ; du même coup, la réparation commence; tout le travail est utile ; nulle putridité, nulle odeur.

Les belles études qui se font en ce moment même sur les inoculations du charbon, du farcin, et démontrent l'origine vivante de ces contagions, s'appliqueront bientôt, il faut l'espérer, aux poisons des plaies. Leur essence nous échappe encore ; mais nous les suivons, nous les voyons migrer. Chaque voie différente de leur migration est pour nous une maladie distincte. L'érysipèle, c'est la propagation du poison des plaies dans le réseau lymphatique superficiel du derme; on le suit là, comme une lente traînée de poudre, avec son retentissement forcé du début dans les ganglions lymphatiques. L'angioleucite est toujours un cheminement

matériel du liquide empoisonné dans les troncs lymphatiques : les ganglions reçoivent par ces canaux une plus grande quantité du poison, et s'en déchargent fréquemment par la suppuration. Le phlegmon diffus a ouvert à l'ennemi une voie plus large : celui-ci fuse en nappe dans le tissu cellulaire sous-cutané; il gangrène et tue tout ce qu'il touche, pour peu que le contact se prolonge. Enfin dans l'infection purulente, toutes les digues sont rompues, et l'irruption du poison se fait par la circulation elle-même : le liquide infectieux court avec le sang.

Fractures et luxations. — La distinction des luxations de l'épaule en avant, qui arrête à chaque instant les praticiens, forme un chapitre entièrement nouveau. Il s'agit de séparer à première vue la luxation sous-coracoïdienne de l'intra-coracoïdienne. La première est très-bien nommée, car rien ne la fixe que son accrochement au bec coracoïdien; elle se produit toujours par levier à la suite d'une chute sur la main ou le coude. Elle ne s'accompagne d'aucune autre lésion que de l'ouverture de la capsule. L'intra-coracoïdienne est le résultat d'un coup, d'une chute sur la racine du membre. Elle s'accompagne fatalement d'un arrachement du trochiter ou de la rupture des muscles qui s'attachent à cette tubérosité. C'est là ce qui permet à la tête humérale, libre de ses liens postérieurs, de franchir le bec coracoïdien et de s'installer profondément en dedans de l'apophyse coracoïde. Au contraire, la sous-coracoïdienne, qu'aucune rupture tendineuse ou osseuse ne complique, ne saurait dépasser le plan du bec coracoïdien. Mais la conséquence de ce contraste est que l'humérus, dans la luxation intra-coracoïdienne, est toujours en rotation interne, car, le sous-épineux détaché de la tête, rien ne peut empêcher l'humérus de rouler en dedans, sens dans

lequel le sollicitent tous ses muscles. — La luxation sous-coracoïdienne est au contraire forcément en rotation externe : car la tête est éloignée des muscles épineux qui sont intacts et tiraillés. Si l'attitude laissait le moindre doute, dans la sous-coracoïdienne, on ne peut rouler l'humérus en dedans; dans l'intrà, cette rotation est facile. Voilà donc un moyen d'une rigueur absolue mis dans la main du praticien pour reconnaître de suite l'espèce de luxation. Or pour le traitement, l'utilité en est grande : la première est facile à réduire, la deuxième infiniment moins. Pour la première, les torsions et les actions par levier, comme aussi la pression directe sont indiquées; pour l'intra-coracoïdienne, au contraire, le premier temps obligé des manœuvres, c'est une traction, c'est un étirement.

Hernies. — Il n'y a vraiment que deux stades dans la hernie inguinale, et la limite entre ces deux stades, c'est l'anneau inguinal externe. Cet obstacle est si réel, que la hernie non sortie de la paroi du ventre peut prendre un très-grand développement dans le canal inguinal : on la nomme alors intrà-inguinal ou interstitielle. C'est à tort que Malgaigne a tracé quatre phases dans l'évolution de la hernie inguinale, dont l'interstitielle serait la seconde. La pointe de la hernie est interstitielle et soulève tout le trajet inguinal. — La marche de la hernie crurale est comparable à celle de la hernie inguinale. La pointe de hernie est l'engagement du sac dans le canal crural; elle passe d'habitude inaperçue pour le malade, le chirurgien la reconnaît en appliquant le doigt sur le canal crural et faisant faire un effort. La véritable hernie ne paraît qu'au moment où le fascia cribriforme est franchi. Ce trou du fascia cribriforme était ce qu'était tout à l'heure l'anneau inguinal externe. — La règle est que, pour les

deux hernies, la pointe précède toujours l'issue réelle de l'intestin. (*Étude sur la marche des deux hernies de l'aine.*)

Doctrine de l'étranglement. — En disant aux chirurgiens : « Vous opérez trop légèrement tous les cas de hernies qui vous paraissent étranglées : examinez, interrogez : si la hernie est ancienne, il est probable que les accidents céderont d'eux-mêmes; cela est probable encore si le malade a porté bandage; cherchez à introduire votre doigt dans l'anneau; s'il pénètre dans l'abdomen, rassurez-vous encore; » en tenant, dis-je, ce langage aux chirurgiens et inculquant ces principes de pratique avec sa verve infatigable, Malgaigne a rendu un signalé service. Ce bienfait compense-t-il le mal produit depuis vingt ans par la théorie que lui, le vainqueur facile de l'engouement, y a substituée, la théorie de l'inflammation, le roman de la péritonite herniaire? En toute justice, il faut dire non. Les dangers d'une pareille erreur étaient peu de chose dans les mains de Malgaigne, parce qu'il se tenait presque écarté de la pratique; mais que de déboires et de désastres lui ont dus les jeunes opérateurs, pour qui toute parole de Malgaigne était article de foi! — Mais enfin, si l'engouement, si la péritonite herniaire ne sont pas la cause des accidents des grosses hernies, quelle en est la cause? Cette cause, *c'est, dans tous les cas, l'étranglement*. C'est l'étranglement qui foudroie en quelques heures cette vieille femme à la hernie crurale, ou cet adolescent chez lequel l'intestin se précipite dans la vaginale; c'est encore lui qui tourmente le vieillard habitué à son énorme hernie scrotale. — On veut absolument le définir : définir quand même est la prétention et l'écueil de la pathologie; en histoire naturelle, dont la pathologie est une branche, on ne définit pas ce qui est spécial, on signale, on caractérise. Donc,

nous n'expliquons pas, nous constatons : *l'impatience du tube intestinal pour toute striction est la cause de tous les accidents graves des hernies;* et, comme il y a tous les degrés possibles de striction, il y a tous les degrés possibles d'étranglement. Les choses se présentent, il est vrai, d'habitude sous des types très-accusés. Nous avons l'étranglement comme foudroyant de la hernie crurale, pour laquelle il faut réduire au plus vite, et coûte que coûte, même au prix d'une opération sanglante. Il y a l'étranglement lent des vieilles hernies volumineuses, dans lesquelles le repos, la position, le régime suffisent presque toujours. Et ces deux types existent ainsi, parce que ordinairement, ou l'orifice qui serre l'intestin est très-petit (hernie crurale), ou très-large (vieilles hernies inguinales). Mais cela n'empêche pas qu'il y a tous les intermédiaires possibles, et que des symptômes d'abord presque insignifiants peuvent assez rapidement s'aggraver et mener le malade aux dernières extrémités.

Chirurgie des voies urinaires. — La *taille médiane,* que je préconise, n'est pas la taille marienne, ni aucune de celles qui ont été décrites dans ces derniers temps. — Le débridement en arrière du col de la vessie sur la ligne médiane, à l'aide du lithotome ouvert de 3 centimètres, en est le trait dominant. La plaie périnéale intéresse le bord postérieur du bulbe, sans inconvénient. L'inappréciable avantage de cette taille, rigoureusement médiane, avantage propre à toutes les incisions qui intéressent la ligne médiane du corps, est de ne diviser que des vaisseaux insignifiants, de n'exposer ainsi ni à l'hémorrhagie, ni à l'infection purulente. — Comme largeur de voie ouverte, elle n'est pas inférieure à la taille latéralisée ; la taille bilatérale ouvre plus largement ; mais quelle comparaison de l'incision médiane

avec cette large brèche qui coupe la prostate en travers au milieu de vaisseaux volumineux! — L'affaire dominante de la taille, c'est l'innocuité de la plaie. Car il est bien certain qu'une pierre très-grosse ne peut sans danger être retirée par le périnée. L'essentiel est que le passage soit suffisant pour retirer les pierres moyennes ou appliquer facilement les excellentes tenettes à écrasement, dont la chirurgie s'est enrichie dans ces derniers temps.

Maladies des femmes, pages 357 et suivantes : Détails nouveaux sur l'application de l'éponge dilatatrice dans la cavité de l'utérus. — Pages 366 et suivantes : Plusieurs observations pour l'emploi de la dilatation artificielle du conduit utérin, lorsque des tumeurs fibreuses inattaquables provoquent des hémorrhagies menaçantes. Plusieurs malades, à la dernière période de l'épuisement hémorrhagique, ont trouvé leur salut dans cette méthode dont les dangers semblent nuls.

FIN

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.